

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 1^{er} Mai 1873

PAR

Michel POPESCU

Né à Berlad (Moldavie)

Ancien élève des Hôpitaux de Paris

DES PÉRIOSTES SECONDAIRES DANS LA SYPHILIS

PARIS

A. DERENNE, RUE SAINT-SÉVERIN, 25

1873

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.

	MM.
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD.
	HARDY.
	DOLBEAU.
Pathologie chirurgicale	TRELAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LEFORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
	BOUILLAUD.
Clinique médicale	G SÉE.
	LASEGUE.
	BEHIER.
	VERNEUIL.
Clinique chirurgicale	GOSSELIN.
	BROCA.
	RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires.

MM ANDRAL, le Baron J CLOQUET, CRUVELHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DAMASCHINO.	MM. GUENIOT.	MM. PAUL.
BALL.	DUBRUEIL.	ISAMBERT.	PÉRIER.
BLACHEZ.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOCQUILLON.	GARIEL.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LEDENTU.	PROUST.
BROUARDEL.	GRIMAU.	OLLIVIER.	TILLAUX.
CRUVEILHER.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. N...
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	N
— d'ophtalmologie	TRELAT.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examineurs de la thèse.

MM. LORAIN, président; PAJOT, CRUVELHIER, BALL.

M. LE FILLEUL, Secrétaire.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

Respect et reconnaissance éternelle pour les grands sacrifices que
vous avez faits pour moi.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS.

A MONSIEUR LORAIN

Professeur d'Histoire à la Faculté de Médecine de Paris.

A MONSIEUR FOURNIER

Professeur agrégé à la Faculté.

Chargé du cours complémentaire sur les maladies vénériennes, etc.

A MONSIEUR FIRMIN

Je n'oublierai jamais l'intérêt que vous m'avez témoigné et les bons
conseils dont vous m'avez honoré.

A MA MÈRE

Respect et reconnaissance éternelle pour les grands sacrifices que

vous avez faits pour moi.

A MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ ET DES HÔPITAUX DE PARIS.

A MONSIEUR TAILLAIN

Professeur d'histoire à la Faculté de Médecine de Paris.

A MONSIEUR TOLLIER

Chargé du cours complémentaire sur les maladies vénériennes, etc.

A MONSIEUR FUMIN

Je n'oublierai jamais l'honneur que vous m'avez fait en me donnant

connaissance de votre nom et de votre œuvre.

DES
PÉRIOSTOSES SECONDAIRES
DANS
LA SYPHILIS

La syphilis dans son évolution est généralement considérée comme parcourant deux périodes principales :

On donne à ces deux périodes des limites et des caractères très-nets. L'une est caractérisée par son antériorité, la localisation anatomique des lésions sur la peau et les muqueuses (Hunter), ou sur les tissus épithéliaux (His.) enfin, par l'efficacité exclusive de la médication mercurielle. — M. Ricord dans ses notes sur le *traitement de la syphilis* de Hunter a subdivisé cette première période en deux autres : celle du chancre primitif, celle des symptômes secondaires localisés à la peau et aux muqueuses.

La seconde période de la syphilis devient alors tertiaire. Elle est caractérisée par sa date strictement postérieure, par sa localisation anatomique dans les os, le tissu fibreux, les viscères, etc. et enfin, par l'efficacité d'un autre spécifique, l'iodure de potassium. La syphilis est ainsi considérée comme pénétrant peu-à-peu dans la profondeur de l'organisme et marquant sa marche envahissante par des progrès régu-

liers et cycliques. Elle est d'abord un accident local : le chancre ; elle atteint ensuite et successivement, *dans un ordre invariable* les ganglions, la peau, les os, etc. et finit en s'étendant toujours, par envahir la substance toute entière, et par devenir une maladie générale une maladie *totius substantiæ*.

Si séduisante qu'ait parue cette coordination systématique des lésions et des traitements de la syphilis la clinique en démontre tous les jours l'arbitraire et les inexactitudes.

Ces inexactitudes du système ne sont pas reconnues d'aujourd'hui. Mais elles ont été trop rarement observées et toujours attribuées à une perturbation des lois naturelles. On a même attribué à l'art ce désordre d'évolution. Aujourd'hui, une observation plus suivie, plus indépendante des théories, a pu reconnaître et démontrer que d'emblée la syphilis est générale et que si les symptômes syphilitiques n'ont pas aux différents âges de la maladie la même fréquence et le même degré, ils peuvent néanmoins apparaître à tous les moments de sa durée. Bien des pathologistes se sont attachés à cette démonstration en France et à l'étranger. Nous ne voulons point faire l'histoire de leurs travaux ; mais nous remplissons un devoir en rappelant que M. le professeur Fournier a contribué beaucoup à l'affirmation et à la propagation de cette thèse. Son enseignement oral, ses publications, les thèses qu'il a inspirées ont montré, que dès sa période secondaire, la syphilis est générale, (1) et frappe les nerfs (2), le système locomoteur (synoviales tendineuses, ostéalgies, périerties, périestoses, etc.) les viscères (foie centres nerveux) enfin, une des grandes fonctions

(1) Fournier, leçons cliniques sur la syphilis primitive et secondaire, particulièrement chez la femme (sous-presse).

(2) Moustapha-Saïd, thèse inaugurale, 1872. Apparicio thèse inaugurale.

générales, la production de la chaleur (pierre syphilitique) (1). C'est l'étude d'une de ces localisations précoces de la syphilis, la *périostose*, que nous présentons à nos juges. Nous la leur présentons sous les auspices de ce maître que nous voulons remercier ici respectueusement pour ses conseils et son enseignement. M. Fournier, en effet, dans ses leçons du 20 mai 1869, s'exprimait en ces termes : « Toutes ces manifestations douloureuses qui se produisent sur les os dans la période secondaire étaient autrefois confondues sous la dénomination unique de *douleurs ostéocopes*. Or, une étude plus attentive a montré que ces manifestations, loin de consister toutes invariablement en des phénomènes identiques, se présentent au contraire sous des formes diverses qui demandent à être nosologiquement distinguées et auxquelles, en conséquence, une dénomination unique ne saurait convenir.

Ainsi, avec le progrès de la science on a vu : 1° Que tantôt les douleurs osseuses se rattachent à un ensemble de phénomènes constituant une phlegmasie superficielle de l'os ou mieux du périoste ; et l'on a désigné ce premier ordre de lésions par le nom de périostites ;

2° Que tantôt, ces douleurs ne sont que l'expression d'une lésion plus complexe ou plus avancée aboutissant à constituer sur la surface de l'os une tuméfaction dure, solide, vraisemblablement ossiforme et l'on a donné à cet autre ensemble de phénomènes le nom de périostose ;

3° Que tantôt enfin, les os deviennent le siège d'une sensibilité morbide très-accusée, sans qu'aucune tumeur, sans qu'aucun phénomène inflammatoire se développe à leur surface. La douleur, dans ce cas, est le seul symptôme constatable, du moins quant à présent. A ce dernier ordre de cas s'applique la dénomination vague d'*ostéalgie*,

(3) Courtaux. thèse inaugurale.

dénomination provisoire que nous sommes bien forcés de conserver actuellement parce que l'essence de cette douleur osseuse nous échappe mais que nous nous hâterons d'abandonner ou de modifier le jour où nous serons édifiés sur le siège ou la nature de la lésion. Périostite, périostose, ostéalgie, tels sont donc les trois modes suivant lesquels la syphilis exerce son action sur le système osseux. »

Ainsi donc, au début de notre travail, nous pouvons en définir l'objet dans les termes suivants :

La périostose syphilitique secondaire est caractérisée par une saillie d'une dureté véritablement osseuse siégeant sur un os, (très-douloureuse), n'aboutissant jamais à la suppuration et se résolvant presque toujours en peu de temps. Nous allons successivement en étudier avec détails la symptomatologie, le diagnostic et le traitement.

I. — SYMPTOMATOLOGIE.

Deux éléments morbides constituent la périostose : le trouble nutritif qui a produit la tumeur ; la douleur qui l'accompagne en est toujours le symptôme délateur. Chacun de ces éléments a ses signes propres : la tumeur, ses caractères de siège, de volume, de forme, de consistance, etc. ; la douleur, ses caractères de mode, d'étendue, d'intensité, etc. Ce sont ces caractères qui feront le sujet de ce chapitre.

Signes objectifs. — Ces signes dépendent de la tumeur elle-même ou des tissus voisins, superposés. Les caractères essentiels, diagnostiqués de la tumeur, sont les suivants :

A. — Elle *siège* constamment sur du tissu osseux ou cartilagineux, mais avec une très-inégale fréquence pour différents points du squelette.

Nous établirons ces divers degrés de fréquence au chapitre où sont traitées les causes de la périostose.

Le caractère essentiel des périostoses est donc leur continuité avec l'os ; elles sont absolument immobiles et font corps avec l'os où elles s'implantent. Leur *consistance* est dure, uniformément dure, ostéoïde. On ne trouve pas de différence entre elle et celle de l'os. La douleur provoquée par la pression limite cette dernière, et ne permet peut-être pas de rechercher assez fortement cette différence. Cette consistance reste la même tout le temps que dure la tumeur, elle ne diminue jamais, contrairement à ce qu'on voit souvent dans les périostites tertiaires.

Leur *forme* est diverse ; en général arrondie, avec base d'implantation plus large que le reste de la tumeur. Tantôt la tumeur est tubéreuse mamillaire, tantôt et plus souvent étalée, aplatie comme une amande.

Les *limites* sont en général assez bien marquées, sauf au sternum où la tumeur s'étale en s'aplatissant ; néanmoins la saillie de la périostose n'est pas brusque, quoique assez rapidement graduelle. Les bosses normales du frontal, du pariétal, ont une saillie plus adoucie et plus progressive.

Le volume des périostoses est peu considérable ; elles ont de 2 à 3 et 4 millimètres de hauteur sur une largeur de 1 à plusieurs centimètres à leur base. On les peut comparer à un gros pois, à des pièces de monnaie de 2 francs et de 5 francs, à des noyaux de cerise, même à un petit œuf de poule. En raison de cette petitesse, elles échappent souvent à l'attention des malades qui se plaignent simplement d'une douleur.

Le médecin lui-même qui n'est pas prévenu ne les cherche pas. —

« Tenez-vous donc pour avertis Messieurs, dit M. Fournier (1). Lorsqu'un
« de vos malades syphilitiques vous accusera une douleur en un point,
« ne vous contentez pas de cette assertion ; cette assertion, contrôlez-
« la de vos yeux et de vos doigts. Explorez la partie douloureuse, et
« souvent par un palper attentif, méthodique, prolongé, vous arri-
« verez à découvrir sur la surface d'un os un point très-circonscrit,
« une tuméfaction peu étendue, au niveau desquels la moindre pression,
« le moindre attouchement déterminera une douleur des plus vives,
« douleur assez aiguë quelquefois pour arracher un cri d'angoisse. Ce
« sera une périostite ou une périostose qui se dévoilera de la sorte, une
« lésion anatomique qui, sans un tel examen, aurait eu toutes chances
« pour rester méconnue ou peut-être confondue avec une névralgie,
« une myosalgie, un rhumatisme, une douleur vague quelconque. »

Les *parties voisines* de la périostose sont normales ; le reste de l'os qui la porte est régulier de forme et absolument indolent. Les

(1) Leçon clinique sur la Syphilis primitive et secondaire chez les femmes.

aponévroses, les muscles, le tissu cellulaire, la peau sont sains et très-mobiles sur la tumeur. M. Mauriac (1) a cependant deux cas de périostose du tibia, s'enfonçant dans les muscles du mollet et accompagnés d'un œdème sous-cutané.

La peau n'éprouve à aucun moment une altération de couleur.

Le nombre des périostoses sur un même sujet et à un même moment est variable. M. Mauriac a vu 8 à 10 périostoses frontales simultanées; c'est sur le front qu'il y en a le plus à la fois, souvent deux ou trois.

L'observation suivante en est un exemple.

SYPHILIS AU 2^e MOIS.

OBSERVATION I. — *Syphilides papuleuses érosives. Périostose frontale (multiple.)*

Rose G. 26 ans, entrée à l'hôpital de Lourcine le 4 mai 1869, dans la salle Saint-Jean.

Pas d'antécédents vénériens, pas de grossesse, pas de renseignements sur l'accident primitif.

Malade depuis trois semaines, on constate, à l'entrée, des syphilides papuleuses érosives disséminées sur les grandes lèvres; mêmes papules sur les petites lèvres et la cuisse droite. Deux ganglions dans le pli de l'aîne. Périostose frontal. Papule ulcérée de *l'ombilic*, recouverte d'un enduit diphthéritique, à base très-dure et datant de 15 jours. Traitement : bain de sublimé, iodure de potassium, poudre d'oxyde de zinc.

7 Mars. Eruption aux aisselles de papules rouges disséminées. Au front on constate trois soulèvements osseux, deux en haut bilatéraux, près de la racine des cheveux et

(1) *Gazette des Hôpitaux. Sur les Affections syphilitiques osseuses précoces.*

un situe plus bas ; et median, ce dernier est surtout évident. La douleur locale est si vive que la malade peut à peine passer une serviette pour s'essuyer le front.

10 Mai. Exagération de tous les symptômes locaux, éruption de nouvelles papules à la partie supérieure du thorax.

Abcès tuberciformes dans l'aisselle et petits abcès furoncleux dans le dos, accompagnés d'un prurit très-marqué. Céphalée.

11 Mai. Les papules de la vulve se cicatrisent.

13 — Douleurs frontales persistantes.

15 — Les periostoses s'affaissent.

18 — Nouveaux abcès dans l'aisselle.

24 — Les tumeurs frontales sont presque affaissées. Les éruptions sont à peine visibles, plus rien dans l'aisselle. Exeat.

En general il ne s'en rencontre qu'une sur le même os. Mais il n'est pas rare, d'en trouver sur plusieurs points du squelette, les deux tibias par exemple, la clavicule, les côtes et le cubitus ; ou bien les côtes et le sternum. Cette généralisation d'un pareil trouble nutritif indique combien, dès la période secondaire, l'impression de la syphilis sur l'économie est profonde et étendue.

La périostase, avons-nous dit au début de ce chapitre, est constituée par un double élément morbide : la tumeur et la douleur. C'est de ce dernier élément qu'il va être question.

La douleur se présente sous deux formes : elle est locale et symptomatique, ou bien elle s'irradie loin de la tumeur, et revêt les caractères de la neuralgie. Sous cette dernière forme elle a des sièges, des degrés, une évolution et des noms divers suivant la localisation de la maladie.

La douleur locale est ordinairement spontanée, même au repos. Elle augmente par les mouvements et surtout par la pression. (Celle du chapeau pour les bosses frontales). La chaleur du lit augmente. Ces

caractères rappellent les douleurs ostéocopes. Dénomination par laquelle on a désigné tant de diverses douleurs.

« Il est arrivé, dit M. Fournier (1) pour cette dénomination générale et vague, ne traduisant qu'un symptôme, ce qui est advenu à la plupart des dénominations de symptômes appliquées à des états morbides; ce qui est advenu, par exemple, aux vieux mots de diarrhée, de dyspnée, d'asthme, de colique etc., tant que le symptôme seul a été connu, sans que l'on sût à quoi le rapporter, force a bien été d'en conserver le nom; mais du jour où l'on a pu le rattacher à la lésion d'un organe, bien vite on a délaissé le nom de symptôme pour lui substituer celui d'un état morbide, d'une localisation anatomique, d'une maladie. — De même ici. Tant qu'on n'a pas su ce qu'étaient les douleurs syphilitiques, on les a simplement appelées douleurs; mais lorsqu'on a été autorisé à les rattacher à la lésion d'un os, on en a fait des périostoses, des arthralgies, des myosalgies, des ostéalgies, etc.

Cependant les douleurs dites syphilitiques n'ont pas le plus souvent ce caractère circonscrit et permanent. Elles sont irradiées plus ou moins conformément à l'anatomie des nerfs et souvent elles se présentent par accès. Or, tantôt ces névralgies syphilitiques accompagnent une périostose, une périostite ou n'importe quelle lésion déterminée, tantôt elles existent seules et paraissent être essentielles. Quoiqu'il en soit, elles présentent les caractères généraux suivants : elles se développent graduellement; elles ont une douleur continue, contusive siégeant au niveau de la périostose et que nous avons décrite, puis une douleur intermittente, parfois très-aiguë, parfois sourde, lancinante. — La périostose en est toujours un foyer à côté duquel plusieurs autres peuvent

(1) Leçon clinique sur la syphilis primitive et secondaire chez les femmes.

exister, bien qu'en général les foyers névralgiques ne soient ni complets, ni bien marqués. Les accès de douleur surviennent très-souvent la nuit et durent diversement, parfois il sont accompagnés de fièvre. Ces névralgies concomitantes des périostoses ont une durée variable. Elles étaient peut-être mal accusées, mais toujours elles ont précédé la tumeur périostique. Parfois elle lui ont survécu, plus souvent cependant elles ont cessé lorsque s'affaissait la tumeur. Voilà en quelques traits les caractères généraux, de ces douleurs névralgi-formes. Voici les caractères de quelques unes de leurs localisations.

I. — Au crâne, les douleurs syphilitiques prennent le nom de *céphalée*. Or, M. Fournier rapporte la *céphalée* à trois causes. — I. A des névralgies occupant les rameaux de la cinquième paire, les nerfs sous-occipitaux, etc. II. A des douleurs céphaliques. III. A des douleurs externes localisées à une périostose. Ces trois localisations douloureuses peuvent coexister avec une périostose. Pour les troisièmes, les douleurs externes, le fait est général et sans conteste maintenant. Les névralgies vraies sont peut-être moins ordinaires et se présentent moins régulièrement. Leur douleur d'accès occupe le plus souvent le côté de la tête au siège de la périostose ; elle peut être aussi bi-latérale. — Elle se présente toujours sous forme d'irradiations partant de la tumeur et parcourant les rameaux cutanés de la cinquième paire. Parfois le point sous-orbitaire est assez accusé, plus rarement le pariétal.

La pression est surtout douloureuse sur la périostose, mais elle l'est aussi sur presque toute la tête. Le passage du peigne dans les cheveux provoque assez de douleur pour que les malades en viennent à négliger leur chevelure.

Quand aux douleurs encéphaliques qui coïncideraient avec une

périostose externe, on aurait sans doute quelque difficulté à établir leur formation et leur relation avec cette périostose. Cependant, ne serait-il pas permis de supposer à la face interne du crâne la production d'une hyperplasie semblable comprenant l'encéphale et y causant des douleurs profondes ?

II. — Les douleurs profondes thoraciques sont fréquentes chez les syphilitiques ; elles y prennent des noms suivant leur siège et leur étendue, la *sternalgie*, la *pleurodynie* et la névralgie intercostale.

La sternalgie a son foyer au sternum. Ce foyer est parfois restreint ; parfois il a la largeur d'une pièce de deux à cinq francs ; il peut se limiter à la tumeur ou la dépasser de cinq à six centimètres. M. Fournier a vu une malade sur laquelle, sans tumeur, la presque totalité du sternum était le siège d'une sensibilité extraordinaire au moindre attouchement.

Le point douloureux sternal siège à la partie supérieure de l'os et tantôt à la pointe sternale où il prend le nom d'*épigastralgie* ou de *xiphalgie*.

La *pleurodynie syphilitique* peut avoir deux caractères. Elle est localisée, très-circonscrite, spontanée, survenant même au repos, exaspérée par les mouvements du thorax et surtout par la pression. C'est la forme la plus ordinaire. En voici deux exemples :

OBSERVATION II. — *Syphilides papuleuses hypertrophiques. Périostoses costale. Fièvre intermittente.*

Marie B..., 26 ans, entrée à l'hôpital de Lourcine, le 7 décembre 1872, salle St-Louis, n° 10, grossesse de 5 mois.... Syphilides papulo-hypertrophiques couvrant les grandes lèvres. Trait. : vin de quinquina, pil. de protoiodure, sirop d'iodure de potassium.

13 décembre. — La malade se plaint d'accès de fièvre intermittente quotidienne.

15 décembre. — Les accès de fièvre ont disparu, douleurs dans le côté gauche, depuis trois jours.

19 décembre. — Périostose costale douloureuse au toucher, symptômes généraux négatifs.

25 janvier. — Sort en bon état, guérie des accidents.

OBSERVATION III. — *Syphilis au 3^e mois, syphilides papulo-érosives.*
Périostose costale.

La nommée Céline L..., 35 ans, entrée à l'hôpital de Lourcine, le 3 novembre 1868, dans la salle Saint-Clément, n° 8.

Son mari paraît atteint de syphilis. Il y a deux mois, vaste plaie sur les grandes lèvres, avec induration, la plaie cicatrisée peu à peu.

Etat actuel. — Syphilides érosives dans le pli génito-crural et papules sèches sur la cuisse. Douleurs de tête depuis plusieurs jours.

Trait.: iodure de potassium, protoiodure.

10 novembre. — Eruption papuleuse sur tout le corps, douleurs sous le sein droit.

23 novembre. — Syphilides circum vulvares, disparues. Eruption croûteuse du cuir chevelu.

26 novembre. — Douleur fixe en un point très-limité d'une côte, précisément au-dessous du sein droit, on suit au même niveau une petite tumeur dure ; la vulve est saine.

1^{er} décembre. — La pleurodynie persiste.

6 décembre. — Céphalalgie et insomnie. Les douleurs de tête se montrent à 6 heures du soir et ne disparaissent que le matin.

Bruit de souffle intermittent dans les vaisseaux du cou, battement de cœur, fièvre, sueurs la nuit. Vin de quinquina comme traitement.

Stomatite ulcéreuse en quelques points.

10 décembre. — Vulve saine. Les douleurs de tête reviennent.

27 décembre. — La céphalalgie disparaît.

8 janvier. — Les douleurs sont surtout localisées au frontal. La pleurodynie a cessé, la tumeur osseuse est diminuée mais persiste.

15 janvier. — Exéat, malade indisciplinée.

La malade rentre de nouveau le 9 novembre 1869. Papules hypertrophiques légèrement ulcérées multiples des grandes lèvres et des fesses. — La périostose costale n'existe plus.

Traitement. Iodure de potassium, bain, liqueur de Labarraque.

4 décembre. — Exéat, guérie des accidents.

Les douleurs causées au thorax par la syphilis peuvent aussi, quoique plus rarement, revêtir la forme névralgique c'est alors la *névralgie intercostale* avec sa douleur continue et des élancements douloureux intermittents le long des espaces intercostaux avec son hypéresthésie cutanée, etc. Des points douloureux peuvent exister soit sur une périostose, soit sur un point circonscrit et non tuméfié d'une côte. Le point douloureux que nous avons rencontré le plus souvent chez les syphilitiques est le point dit *latéral* à la partie moyenne de l'espace intercostale.

Nous avons déjà parlé du *point antérieur sternal* ou *épigastrique*. Tous les mouvements du thorax exaspèrent ces douleurs, il en résulte une certaine gêne respiratoire. On peut voir même coïncider avec cette névralgie des troubles respiratoires nocturnes assez sérieux pour que M. Mauriac en fasse un *asthme syphilitique*; nous ne saurions en cette étude, établir la réalité de ce symptôme, encore moins en discuter la pathogénie, qu'il soit sous la dépendance directe de la maladie générale ou sous celle des névralgies costales; il en est de même des troubles gastriques douloureux ou fonctionnels qui se rencontrent si souvent dans la syphilis.

Les douleurs syphilitiques qui ont des localisations autres que le

thorax ou le crâne ne présentent ni la même fréquence, ni la même intensité, ni la même régularité de forme. Elles ont néanmoins toujours le même caractère double, la permanence et le renforcement intermittent de la douleur. Celle-ci a ses foyers et ses irradiations vagues qui suivant les points rappellent les névralgies cubitale ou radiale, fémoro-prétiibiale de Chaussier, déjà mal déterminées par elles-mêmes.

Nous n'insistons pas davantage sur ce dernier ordre de douleurs.

Nous avons un instant laissé de côté notre périostose pour rappeler brièvement les douleurs syphilitiques, leur siège et leur caractère, nous ne l'avons point fait sans dessein. Les diverses périostoses sont toujours accompagnées de ces douleurs, mais malgré leur fréquence plus grande qu'on ne le croyait, elles sont bien plus rares que les douleurs syphilitiques elles-mêmes. Combien de fois ces dernières existent-elles en dehors des os et dans ceux-ci même elles sont loin d'être toujours accompagnées de lésions anatomiques manifestes. Il n'y a donc pas de rapport nécessaire entre nos périostoses et la douleur, et il est peut-être téméraire de s'expliquer toujours les douleurs par la lésion osseuse. Il serait donc rationnel de croire qu'une seule douleur appartient nécessairement à la périostose, c'est la douleur qui lui est circonscrite. Quant aux autres, aux douleurs névralgiques, elles seraient un élément morbide indépendant de la lésion osseuse. Cependant, il arrive fréquemment que douleur circonscrite et douleur irradiée disparaissent avec la tumeur.

Epoque d'apparition, marche, durée, terminaisons. — Les périostoses dont les observations ont servi à notre travail, à l'exception des périostoses claviculaires, ont apparu dans les deux premières périodes de la syphilis. Sur nos 31 observations, huit nous montrent la périostose contemporaine du chancre.

Nous en donnons ici les deux exemples suivants :

OBSERVATION IV. — *Chancres infectants, périostose frontale.*

La nommée Sophie, 14 ans et 1/2, entrée à l'hôpital de Lourcine le 11 août 1868, salle Ste-Thérèse n° 13. Plaies vulvaires depuis trois semaines. Il y a trois mois, elle a eu des rapprochements avec son premier et unique amant. Ce dernier était malade, dit-elle, mais elle ne savait pas de quoi. Le dernier coït remonte à un mois.

La malade n'est pas encore réglée.

Etat actuel. Grandes lèvres tuméfiées et indurées, trois érosions le long de la face interne et à base indurée, plaie à base parcheminée sur l'extrémité supérieure du clitoris.

Adénopathie inguinale très-marquée, soif vive. Amaigrissement.

Traitement : protoioduré, liqueur de Labarraque.

21 Août. Amélioration notable.

5 Septembre. Tuméfaction assez étendue du front, localisée depuis huit jours. Caractère particulier de la douleur qui vient sous forme de lancées.

Induration persistante de la grande lèvre droite.

7 Septembre. La malade se plaint d'une douleur fixe au tendon d'Achille, surtout à l'extrémité inférieure, autre douleur au niveau de la malléole externe périostose du péroné. La marche détermine de l'empâtement dans ces régions.

19 Septembre. Les douleurs du talon disparaissent.

22 — Exéat. La périostose frontale est dans le même état.

Rentre de nouveau le 23 juin.

On constate une papule érosive ombilicale, large plaque érosive de la commissure labiale. Les bosses frontales sont complètement effacées. Plaques amygdaliènes confluentes, menstruation régulière et surtout plus abondante depuis l'apparition de la syphilis.

29 Juin. — Pleurodynie gauche, douleur très-circonsrite à ce niveau. Périostose douteuse à la 7^e côte.

5 Juillet. Exéat en bon état.

OBSERVATION V. — *Chancre infectant, éruption syphilitique secondaire, périostose frontale et pariétale.*

La nommée Adriaux de B. 25 ans, entrée à l'hôpital de Lourcine le 14 août 1868.
Menstruation régulière.

Etat actuel, chancres simples multiples situés sur le clitoris, les grandes lèvres, le sillon vulvaire et au pourtour de l'anus.

14 Septembre. Amélioration.

15 — Cicatrisation très-avancée des ulcérations vulvaires. Ganglions dans l'aîne droite.

2 Octobre. Herpès autour des grandes lèvres, chancre induré à l'entrée du vagin. Induration généralisée de la grande lèvre droite, ganglion volumineux dans l'aîne du côté correspondant.

Cette nouvelle apparition fait croire à une double contagion.

1^{re}, chancres simples guéris aujourd'hui.

2^m, chancre syphilitique actuel.

18 Octobre. Nombreux ganglions dans l'aîne à droite, un seul à gauche. — Pilules de protoiodure, K I.

20 Octobre. Céphalalgie intense nocturne, localisée du côté droit et dans l'oreille.

Douleur au genou gauche exagérée par la pression.

23 Octobre. Les érosions herpétiques tendent à se cicatriser.

1^{er} Novembre. On constate au-dessus de l'apophyse orbitaire externe gauche une bosse arrondie peu saillante et douloureuse.

3 Novembre. Induration persistante à la fourchette. — Syphilides papuleuses circumanales.

4 Novembre. Depuis quatre ou cinq jours, la malade se plaint de deux points douloureux au crâne, et l'examen fait découvrir la présence de tumeurs arrondies peu saillantes, situées l'une en avant de la bosse pariétale droite au-dessus du pavillon de l'oreille, l'autre moins considérable au sinciput. Ces tumeurs sont sensibles au toucher, très-dures. Insomnie depuis quelques jours.

7 Novembre. — La céphalalgie disparaît et les papules multiples circumanales sont sèches, pour la plupart.

Les douleurs frontales s'apaisent.

10 Novembre. Petites granulations des ailes du nez, érosions sur les amygdales. — Cautérisation.

11 Novembre. Les bosses frontales disparaissent, mais la céphalalgie persiste.

18 — Douleur dans les gencives.

19 — Taches rouges, squameuses à la face, au menton et aux ailes du nez.

20 Novembre. Amélioration très-sensible des lésions de la vulve, les grandes lèvres sont moins volumineuses et plus souples.

12 Décembre. Eruption de papules dans le dos et sur le flanc droit, l'éruption faciale disparaît.

15 Décembre. Sensibilité exagérée le long de la colonne vertébrale, et douleur dans tous les membres.

On cesse les pilules.

20 Décembre. Douleur dans les genoux. — Alopécie.

25 — Exéat en bon état.

Une seule fois la périostose a paru après la cicatrisation de l'accident primitif et avant les accidents secondaires. Vingt-deux périostoses se sont manifestées en même temps que de la roséole, des syphilides vulvaires papuleuses ou hypertrophiques, des syphilides pharyngées, la fièvre syphilitique, etc., en un mot en pleine période secondaire.

Leur mode d'apparition est insidieux. La tumeur suit toujours la douleur, et celle-ci est le seul signe qui les décèle ; aussi ont-elles passé longtemps inaperçues et faut-il les rechercher avec une attention minutieuse.

Leur marche est lente ; elles s'accroissent insensiblement et disparaissent de même.

Leur *terminaison* constante a été la résolution. Jamais de ramollissement avec résorption consécutive, ou avec suppuration, ou abcès ouvert ou résorbé. Il a été rarement observé qu'elle ait persisté à l'état de tumeur permanente.

La plus grande *durée* en a été de cinq ans. Il s'agit d'une périostose de l'extrémité supérieure du cubitus, qui, apparue deux mois après le début du chancre, un peu avant d'autres accidents secondaires, persistait encore la cinquième année de la maladie. La *durée minima* a été de dix à quinze jours. Les *durées moyennes* sont de 1 à 3 mois.

La *récidive* au même lieu n'a été observée que trois fois.

A ces symptômes essentiels douleur et tumeur se joignent quelques autres bien moins importants et moins nets. Nous voulons parler de troubles fonctionnels spéciaux à la partie atteinte, la gêne et la douleur dans les mouvements : marche, mastication, appréhension, respiration etc.

Nous terminerons enfin ce chapitre par quelques réflexions sur les diverses douleurs et accidents, que l'on pourrait attribuer à de la périostose. Toutes les douleurs osseuses, dites ostéalgies qui sont nettement circonscrites, et qui ne sont accompagnées d'aucune tumeur, ne coexistent-elles pas avec un trouble nutritif dans la partie douloureuse ? Ce trouble nutritif ne peut-il pas être considéré comme une périostose arrêtée à son premier degré et trop peu intense pour apparaître au-dehors sous forme de tumeur.

Cette hypothèse plausible à ce qu'il nous semble, peut s'appliquer aussi à bien des arthralgies. Ces douleurs articulaires, si fréquentes dans les commencements de la syphilis, se produisent dans toutes les articulations ; mais surtout à la scapulo-humérale, à la fémuro-tibiale, aux coudes, aux poignets et à l'articulation tibio-tarsienne. Ces douleurs articulaires ne sont accompagnées d'aucune lésion extérieure,

manifeste ; mais souvent elles se peuvent assez bien circonscrire en un point d'une extrémité articulaire. C'est en ce point, qu'existerait la lésion. Il arrive souvent, du reste, que les douleurs articulaires vagues, dont se plaignent si volontiers les syphilitiques se peuvent, par un examen attentif rapporter à des lésions articulaires, parmi lesquelles on trouve parfois une périostose, dont on ne s'était point douté.

La syphilis dès ses premières périodes n'a pas seulement la douleur comme trouble nerveux. Il n'est pas rare qu'elle donne lieu à des troubles complexes du système nerveux. Ce sont des engourdissements d'un membre, des attaques épileptiformes répétées, des hémiplegies et des paraplégies. M. Dubuc (1) a publié un exemple d'engourdissement précoce dont voici le résumé.

Homme de 30 ans, robuste. A partir du deuxième mois à dater de l'apparition du chancre, (après un traitement mercuriel de quinze jours seulement), poussées successives de syphilides puro-crustacées ulcéreuses. Au sixième mois sentiment de faiblesse, d'engourdissement, de demi-paralysie dans le membre supérieur gauche : périostoses tibiales.

L'observation suivante renferme un exemple d'attaques épileptiformes pendant la période secondaire ; celles-ci étant accompagnées d'une périostose sternale.

OBSERVATION VI. — *Syphilide des grandes lèvres, Périostose sternale. — Accidents nerveux particuliers. — Épilepsie.*

Berthe C..., salle St-Clément, 18 ans, couturière, entrée le 1^{er} juin 1869. Pas d'antécédents syphilitiques, pas de grossesse. Malade depuis 2 mois, mais pas de renseignements sur l'accident primitif. Aucun antécédent nerveux ni pour elle-même, ni pour sa famille.

On constate une syphilide papulo-érosive des grandes et des petites lèvres ; un

(1) *Des Syphilis malignes précoces.* Thèse 1861.

ganglion assez volumineux, à l'aîne droite, quelques papules sur la face interne de la cuisse du même côté.

Depuis quinze jours douleurs très-vives dans la région sternale, puis, apparition spontanée d'une élévation considérable au niveau de l'articulation de la première avec la deuxième pièce du sternum.

5 juin. — Production de spasmes singuliers limités au membre supérieur droit, ce sont de véritables convulsions toniques, passagères, accompagnées d'analgésie des membres et de tremblement des mâchoires. Dans une crise, il a été constaté dans le membre inférieur droit de véritables contractions toniques.

Pil. de protoïodure.

5 juillet. — La malade se plaint de douleur au-dessous des seins.

9 juillet. — Adénopathie cervicale naissante. Céphalalgie, nausées.

16 juillet. — Les douleurs au-dessous des seins s'exacerbent, et la périostite sternale qui avait diminué tend à reparaitre (Iodure de potassium).

7 août. — La malade va mieux.

16 août. — La périostose est affaissée, plus de douleurs.

22 août. — Attaque d'épilepsie parfaitement caractérisée.

8 septembre. — Nouvelle attaque d'épilepsie.

11 septembre. — Les douleurs se montrent de nouveau à la partie supérieure du sternum où on constate une tumeur à base large, sans changement de coloration à la peau (Iodure de potassium, protoïodure).

12 septembre. — Troubles de la sensibilité dans la jambe et les pieds.

16 septembre. — La tumeur sternale est moins douloureuse et tend à disparaître.

13 octobre. — Spasmes dans le bras ; troubles de la sensibilité générale.

12 novembre. — Attaque d'épilepsie.

15 novembre. — La tumeur du sternum est presque complètement affaissée. Sort de l'hôpital.

10 mai 1870. — La malade rentre de nouveau, elle n'a plus suivi de traitement, elle présente des papules hypertrophiques confluentes, à la vulve et sur la marge de l'anus.

Céphalalgie deux, trois fois par semaine.

Douleur sternale. La malade raconte qu'il y a un mois la tumeur était très-volumineuse et qu'elle a diminué sans traitement.

Douleurs costales sous le sein gauche, plusieurs attaques pendant son séjour à l'hôpital.

13 mai. — Crise pendant la visite.

14 mai. — Douleur très-vive sous le sein.

21 juin. — Exéat en bon état.

Rentre une troisième fois en décembre 1870, présente à la vulve des syphilides papulo-hypertrophiques. (Pil. protoiodure. — Iodure de potassium).

Rien au sternum — pas d'attaques.

7 janvier. — Exéat en bon état.

La malade revue plus tard a déclaré n'avoir eu de nouvelles attaques.

Nous ferons remarquer dans cette observation la coïncidence de l'apparition des troubles nerveux avec le développement d'une périostose externe sur un os plat.

Il est permis de supposer que ces accidents nerveux sont dus à une nouvelle périostose intra-crâniennes.

Enfin M. Fournier nous a dit avoir observé en ville, conjointement avec M. Lorain, un cas d'hémiplégie précoce. Il veut bien nous en donner le résumé suivant :

Un jeune homme de vingt-cinq ans syphilitique depuis six mois fut affecté subitement d'hémiplégie, à la suite d'effroyables crises de céphalée, coïncidant avec une violente poussée de syphilide érythémateuse et rupiale. L'examen le plus minutieux ne nous permit, à M. Lorain et à moi, de rapporter les phénomènes paralytiques à aucune cause autre que la syphilis. Le traitement spécifique fut conseillé par nous et administré à fortes doses. En quelques jours la céphalée, l'hémiplégie

et les syphilides furent amendées d'une façon surprenante, puis elles disparurent simultanément d'un pas égal, de façon à ne pas nous laisser le moindre doute sur la spécificité des symptômes cérébraux.

Or, comme on a expliqué les névralgies graves, par les périostoses qui les accompagnent, on a songé à expliquer les troubles nerveux par des périostoses intra-crâniennes et la compression par elle des centres nerveux.

M. Dubuc a donc pu écrire que « les phénomènes de cet ordre peuvent être raisonnablement expliqués par le développement prématuré d'exostoses intra-crâniennes ou intra-rachidiennes (p. 32). »

Nous n'oserions néanmoins nous prononcer sur cette pathogénie des accidents nerveux précoces dans la syphilis. Nous avons voulu, en citant ces faits, rappeler les relations supposées entre eux et nos périostoses, et donner de nouveaux exemples de la généralisation rapide de la syphilis.

Causes. — La syphilis est la cause nécessaire, immédiate et efficiente de la maladie que nous venons de décrire. En outre, contrairement à ce qu'on croyait autrefois, il est loin d'être rare qu'elle atteigne les os dès le premier temps de son existence.

Seulement elle le fait à un inégal degré de fréquence pour chacun d'eux. Nous allons étudier avec quelques détails cette cause occasionnelle d'ordre anatomique.

L'os que nous avons trouvé atteint le plus souvent est de beaucoup le frontal. C'est la face antérieure de cet os qui porte ordinairement la périostose, soit sur la ligne médiane, soit sur les côtés. L'observation suivante en présente un type.

OBSERVATION VI. — *Syphilis au troisième mois.* — *Syphilides secondaires.* —
Périostose frontale.

Rosalie L..., 38 ans, tapissière, entrée le 25 août 1868, à l'hôpital de Lourcine, salle Saint-Clément, n° 35. Elle dit être malade *depuis 3 mois*, elle s'aperçut à cette époque qu'elle avait des *plaies à la vulve* ; elle n'avait jamais eu de maladie vénérienne et elle porte encore les mêmes plaies vulvaires qui ont marqué le commencement de sa maladie. Elle a sur les cuisses depuis un temps de petites taches. Céphalalgie depuis la même époque. Il y a trois semaines apparition d'une bosse frontale et maux de gorge.

Comme traitement, la malade a été soumise à l'usage de la tisane.

Septembre. — Etat actuel. Sauf quelques rougeurs autour du méat et de l'entrée du vagin on ne trouve qu'une plaie superficielle, sans physionomie spéciale, située à la fourchette et présentant les signes d'un travail réparateur avancé. Aux plis de l'aîne quelques ganglions indolents faiblement développés.

Sur la poitrine, le dos et sur les cuisses, érythème papuleux assez confluent, très-pâle. Au cuir chevelu, quelques croûtes jaunâtres assez épaisses. Pas d'alopecie.

À la nuque une syphilide papulo-squammeuse cuivrée, adénopathie cervicale postérieure multiple. Rien d'apparent dans l'arrière-bouche ; au front, dans sa partie supérieure et latérale gauche, existe une bosse arrondie peu saillante sans changement de coloration des téguments, cette bosse est d'une dureté osseuse ; douloureuse au toucher, mais insensible spontanément.

Céphalalgie continuelle avec des élancements atroces, plus intenses la nuit que le jour. A la lèvre inférieure plaque muqueuse arrondie, légèrement saillante.

Pas de douleurs rhumatoïdes.

La malade dit avoir la fièvre la nuit, elle transpire dès qu'elle s'endort. Légère inappétence depuis un mois ; cependant les digestions sont assez bonnes.

Traitement. — Pilule de protoiodure 0,05. Vin de quinquina, iodure de potassium, 1 gramme.

3 Septembre. Une érosion interdigitale très-superficielle au pied droit.

Amélioration *notable* du front, la bosse est moins apparente et moins douloureuse.

Les douleurs de tête ont diminué, la malade a dormi cette nuit.

9 Septembre. La bosse frontale a presque complètement disparu ; plus de céphalalgie ; sur le cou et au haut de la poitrine éruption de quelques petites papules rosées, acnéiformes sans caractères bien tranchés.

Tintement d'oreilles depuis huit jours, courbature dans tous les membres, sueurs continuelles la nuit.

L'appétit revient.

11 Septembre. La céphalalgie reparaît, mais peu intense. Vulve saine.

13 Septembre. Encore un peu de céphalalgie avec tintement d'oreilles. La bosse frontale est à peine perceptible.

17 Septembre. Céphalalgie de nouveau intense. Coryza. La bosse frontale a disparu.

On supprime l'iodure de potassium.

18 Septembre. La malade sort guérie des accidents.

La périostose frontale a été vue souvent encore dans cette partie latérale en dehors de la ligne courbe temporale et constituant en avant la fosse temporale, la tumeur siège alors à la tempe.

Les autres os qui closent la cavité crânienne sont rarement le siège des périostoses. Le *pariétal* n'en a été le siège que trois fois sur une quarantaine de faits observés et relatés, l'*occipital* une seule fois.

Sur le *crâne* il n'a été observé, bien entendu que des périostoses externes. On ne saurait nier qu'elles ne soient possibles à la face interne de cette cavité.

On trouverait ainsi une explication raisonnable à divers troubles cérébraux, passagers, observés dans le cours de la syphilis sur lesquels nous aurons à revenir plus bas. Les périostoses externes du crâne ou péri-crâniennes, dans les circonstances pathologiques générales, où on les rencontre ne pourraient guère être confondues qu'avec les bosses normales, frontales ou pariétales. Celles-ci peuvent, en effet, être le

siège de douleurs sans tuméfaction ou autre altération objective, d'ostéalgie en un mot. La distinction se fera néanmoins, soit à cause de l'unitéralité de la périostose qui contrastera avec la bosse normale du côté opposé, soit par quelques caractères spéciaux aux périostoses sur lesquels nous nous sommes déjà expliqué.

Au maxillaire inférieur, M. Mauriac a rencontré deux fois la périostose. La tumeur siégeait sur la face externe de la branche horizontale de l'os en avant du masuter, c'est-à-dire à l'endroit de l'os libre de toute insertion musculaire. Les dents étaient en bon état, la tumeur avait apparu; l'une un mois, l'autre quatre mois après le début du chancre. Elles disparurent toutes deux très-rapidement, sous l'influence du traitement général spécifique.

Au thorax, les côtes et le sternum sur leur face externe ont été atteints ensemble huit fois; la proportion est donc de 23 sur cent, c'est à ces liaisons qu'on a rattaché les troubles fonctionnels divers et si fréquents dans la syphilis, pleurodynie, névralgie intercostale, troubles respiratoires, dyspnéïques à forme parfois asthmatique. La douleur est là, comme presque partout, la révélatrice de la périostose. Prévenu par elle, on porte le doigt sur la région; on suit le relief dur d'une côte et l'on sent une inégalité circonscrite, une nodosité, une bosselure toujours très-évidente, très-sensible à la pression. *Les côtes les plus ordinairement atteintes sont les cinquième et sixième de l'un ou de l'autre côté.*

Il n'est pas rare de trouver en même temps une lésion semblable de forme sur les cartilages costaux.

Les périostoses du sternum sont moins bien circonscrites; elles sont presque diffuses; elles se profilent cependant très-nettement sur la face antérieure de l'os, quand on regarde parallèlement à celle-ci. Les deux périostoses que nous y connaissons siégeaient toutes deux

sur la première pièce du sternum. L'une d'elles a été moulée et on en peut voir la représentation au musée réuni à Lourcine par les soins de M. A. Fournier.

Du membre supérieur, nous avons à relater les périostoses de la clavicule et des deux os de l'avant-bras et cela comme ailleurs, dans les parties les plus extérieures et les moins protégées de parties molles. C'est en effet l'extrémité supérieure du cubitus ou son bord postérieur et l'extrémité inférieure du radius qui sont seuls atteints.

Trois observations pour le premier nous sont connues, l'une de M. Mauriac (1), l'autre de M. Swediaur (2), la troisième de M. Dubuc (3). Pour le radius, deux observations ont été recueillies à Lourcine dans le service de M. Fournier. Dans l'un, la périostose occupé la face postérieure de l'os — elle a été moulée et se trouve au musée de Lourcine. — Dans l'autre, la tumeur siège à la face antérieure au niveau du poulx radial. Voici ces deux observations :

OBSERVATION VIII. — *Syphilis au 5^me mois. Eruption secondaire. Périostose de l'extrémité inférieure du radius.*

Marie M..., lingère, âgée de 24 ans, est entrée le 5 mars à l'hôpital de Lourcine, où elle occupe le lit n° 47 de la salle St-Alexis.

D'apparence faible et malade, elle éprouve depuis deux ans des accès fréquents de palpitations et de migraines. La menstruation établie à la 13^e année est irrégulière, peu abondante. Trois grossesses, une fausse couche. La malade s'est aperçue en septembre dernier de ces premiers accidents. Elle est alors entrée une première fois à l'hôpital de Lourcine (service de M. Després) on diagnostiqua des plaques muqueuses à la vulve, au pharynx, et on soumit la malade à un traitement tonique.

(1) Mauriac, *Gazette des Hôpitaux*, sur les affections syphilitiques osseuses précoces.

(2) Swediaur. *Traité complet des maladies vénériennes*. T. II P. 109. 7^e édition.

(3) Dubuc. *Des syphilis malignes précoces*. Thèse 1864 P. 33.

Il ne fut administré aucune préparation mercurielle. Elle resta 4 mois à l'hôpital, et elle y accoucha à 8 mois et demi d'un enfant bien portant et qui a survécu, depuis, sans accidents... L'état ultérieur de l'enfant permet d'admettre la non infection de la mère lors de la conception.

La malade rentre le 5 mars pour des accidents semblables aux premiers et datant de trois semaines.

Les grandes lèvres sont alors le siège de nombreuses papules, saillantes, circulaires, érodées sur la lèvre droite. Le tissu cellulaire tuméfié de la grande lèvre gauche est le siège de cet œdème dur auquel M. Fournier a donné le nom *Induration ulcéreuse des grandes lèvres*. A la partie inférieure de cette même lèvre, ulcération creuse et irrégulière et chancroïde. A l'anus sur une marisque, ulcération ayant perdu tout caractère.

Diagnostic local : *Syphilides papuleuses, papulo-érosives ulcéreuses de la vulve*.

Un ganglion dans chaque aine a gardé un volume un peu considérable.

Syphilide herpétiforme du pli du cou de droit, alopecie en clairière.

La malade attire notre attention sur une grosseur douloureuse qu'elle a depuis quinze jours au poignet droit ; on examine le membre et l'on trouve très-facilement une tuméfaction de l'extrémité inférieure du radius, cette tumeur siège un peu au-dessus du renflement de cette extrémité ; elle occupe la face postérieure de l'os et fait absolument corps avec lui.

L'amaigrissement du membre permet de se rendre très-facilement compte de ce qui s'y trouve. On peut descendre et suivre avec le doigt cette face postérieure unie sous-cutanée. On y rencontre alors à 4 centimètres de l'interligne carpien, une saillie du volume d'un noyau d'abricot, graduellement croissante et dépassant même en saillie le rebord postérieur de face articulaire de l'os. La tumeur est un peu allongée, parallèlement à l'axe du membre, mal circonscrite et se confondant peu à peu avec le reste de l'os. Elle est uniformément dure et la pression n'y fait guère découvrir de différence de consistance avec le reste de l'os. La peau qui la recouvre est saine, sans coloration anormale, sans adhérence.

Le tissu cellulaire sous-cutané n'offre rien de particulier. Les tendons des

radiaux antérieurs et des extenseurs du pouce sont soulevés et les muscles quelque peu gênés dans leur action.

Une pression légère est douloureuse, forte elle devient intolérable, quand on ne presse pas sur elle, la tumeur est peu douloureuse ; néanmoins la malade éprouve surtout au début et éprouve encore des douleurs nocturnes irradiées dans la moitié inférieure externe et postérieure de l'avant-bras. Périonyxis latéral de l'index droit.

Etat général affaibli surtout depuis le six mars, courbatures, palpitations très-fréquentes, extrémités froides.

Trait : 4 pilule de 0, 05 de protoiodure, vin de quinquina.

Le 11 mars on constate une syphilide pigmentaire du cou et qui se caractérise ultérieurement de plus en plus.

Le 8 avril, un mois après son entrée, la malade veut partir. Les érosions vulvaires sont cicatrisées, les papules affaissés.

La périostose radiale a beaucoup diminué et passerait même inaperçue aux yeux d'une personne non prévenue. Aucune application locale n'a été faite. La syphilide herpétiforme a disparu. La syphilide pigmentaire persiste et est même en période d'augment.

OBSERVATION IX. — *Syphilis au 2^e mois. — Syphilides secondaires. Périostose du Radius.*

Marie S. 23 ans, entrée à l'hôpital de Lourcine le 13 juillet 1868, salle Saint-Clément, n° 2.

Pas d'antécédents vénériens, accouchement il y a 5 ans. Cette malade raconte qu'il y a un mois elle a eu un petit bouton à la grande lèvre gauche.

On constate de l'œdème de la vulve, de l'induration de la grande lèvre gauche. Syphilides érosives au même niveau, large syphilide ulcéreuse de la petite lèvre gauche, ganglions multiples du pli de l'aîne gauche.

Traitement. — Pil. de Blancard, 3 bains par semaine, liqueur de Labarraque, oxyde de zinc, protoiodure.

6 Juillet. Cicatrisation des ulcérations syphilitiques, mais persistance de l'induration à la vulve.

La malade avoue n'avoir jamais pris les pil. de protoiodure.

9 Août. Syphilides papuleuses croûteuses de la face.

20 Août. Roséole des cuisses.

6 Septembre. Ulcérations des amygdales.

21 — La malade nous montre une tuméfaction de l'extrémité inférieure du radius droit, sur la face recouverte par l'artère.

Cette tumeur est d'une dureté osseuse, son volume a celui d'un noyau d'abricot, la douleur n'est pas spontanée, mais déterminée par la pression. — Pas de céphalée. Syphilides papuleuses rouge cuivrée à la nuque.

1^{er} Octobre. La périostose radiale diminue, mais la sensibilité existe toujours.

15 Novembre. Exéat il ne reste plus que quelques papules à la nuque, mais le radius présente encore une nodosité très-appreciable.

Rentrée de nouveau le 4 mai 1870.

On constate : Erosion de la grande lèvre droite, douleurs en urinant, engorgement ganglionnaire, douleurs dans le pli de l'aîne, alopecie, taches rouges sur les avant-bras, pas de céphalée, plus rien au radius.

Traitement *ut supra*.

19 Janvier. Exéat en bon état.

Sur la clavicule, nous n'avons que deux faits. Vidal de Cassis (1) en a publié un sur deux que la périostose siégeait à l'extrémité interne de la clavicule, il s'agit, dit-il, d'une périostite tertiaire tellement précoce qu'elle fit son apparition 25 jours à dater du chancre infectant. Cette lésion provoqua un traitement antiphlogistique énergique et disparut en deux mois. Elle occupait les deux tiers internes de cet os.

La deuxième observation est de M. Mauriac. Il s'agit d'un malade ayant eu en outre une périostose du cubitus deux mois après les accidents primitifs ; mais la périostose de la clavicule n'est survenue que la troisième année, alors qu'avaient disparu tous les accidents secondaires. Elle a eu une marche très-lente, et a persisté plus de deux ans.

(1) Vidal de Cassis. Traité des maladies vénériennes, 2^e édit., p. 475—480.

La date de son apparition, sa durée n'en feraient-elles pas un accident tertiaire ? Ne pourrions-nous donc pas dire que la périostose secondaire de la clavicule n'a pas encore été observée ?

Au membre inférieur les périostoses ne sont pas rares, elles y siègent sept fois sur 43 cas, c'est-à-dire 16,3 pour cent.

La proportion est à peu près de un cinquième. Le tibia ou les tibias, car la périostose est souvent bi-latérale et symétrique, sont, après le frontal, les os les plus particulièrement atteints de périostose. Ce qui mérite de fixer ici l'attention, ce sont les points particuliers envahis par l'élément morbide ; on dirait que la situation superficielle de l'os, la vitalité moins considérable du tissu qui les recouvre favorise le développement de la périostose.

Aussi voit-on cette dernière occuper le bord antérieur du tibia, et surtout sa face antéro-interne, tandis que très-rarement elle a occupé les faces osseuses directement en contact avec les couches musculaires, et les parties molles plus vascularisées que la peau. Une seule observation de M. Mauriac fait exception à cette règle. Il s'agit d'une tumeur primitivement osseuse et s'enfonçant dans les parties molles des mollets.

En général donc ces sortes de productions paraissent se développer dans les points où elles ont à vaincre le moins de résistance.

Les autres os du membre inférieur possibles de périostose sont le péroné et le premier méta-tarsien. Un malade du service de M. Fournier a présenté la première. La tumeur était petite, très-circonsrite et siégeait sur le bord antérieur de la malléole externe.

M. le docteur Guyot a publié dans l'*Union médicale* de 1869, T. I., p. 366, le fait d'une périostite syphilitique survenue 55 jours après le coït infectant, coexistant avec une roséole et occupant le premier méta-tarsien. Les mouvements imprimés au gros orteil étaient douloureux et la pression sur le sol impossible.

Si dans le cours de cet exposé des sièges divers des périostoses, nous avons appelé l'attention sur leur superficialité en quelque sorte, et sur leur manque de protection, nous avons deux raisons : la première c'est que nous avons fait l'application à ces cas particuliers de l'idée générale de Hunter : à savoir que dans la syphilis, les tissus sont malades suivant qu'ils sont exposés aux influences extérieures. La seconde c'est que le traumatisme, qu'il soit violent ou presque inconscient, est et doit être pour beaucoup dans la production des périostoses. — Un exemple irrécusable nous en est fourni par M. Cullerier (1). Il s'agit d'une malade ayant des chancres vulvaires et un condylome ulcéré anal qui, à la suite d'un coup violent sur la tête, fut atteinte de périostose pariétale.

Tels sont les sièges divers des périostoses relatées jusqu'ici : nous en résumons la fréquence relative dans le tableau suivant :

Sur 43 Observations.	Frontal.	12 fois ou	27,9 0 0
	Tibia.	7 »	16,3 0 0
	Côtes.	6 »	13,9 0 0
	Pariétal.	4 »	9,3 0 0
	Cubitus.	2 »	4,6 0 0
	Radius.	2 »	4,6 0 0
	Clavicule.	2 »	4,6 0 0
	Maxillaire inférieur	2 »	4,6 0 0
	Sternum.	2 »	4,6 0 0
	Temporal.	1 »	2,3 0 0
	1 ^{er} Métatarsien.	1 »	2,3 0 0
	Péroné.	1 »	2,3 0 0
	Occipital.	1 »	2,3 0 0

(1) Mémoire sur l'évolution de la syphilis lu à la Société de Chirurgie de Paris le 4 décembre 1844. (Arch. gén. du Midi. 1845. II., p. 202.)

A côté de cette occasion morbide constituée par le siège anatomique, nous en trouvons encore deux autres, le sexe et l'âge.

Pour le *sexe*, d'après M. Fournier les femmes seraient plus souvent atteintes de périostose.

Pour l'*âge*, on sait que les affections osseuses syphilitiques chez les enfants sont loin d'être rares. Néanmoins, nous les avons laissées complètement de côté dans notre étude. Nous avons craint de compliquer beaucoup notre sujet, de dépasser notre champ d'observations, d'entrer dans une étude que nous n'avons pu faire directement et qui est encore aujourd'hui l'objet de nombreuses controverses.

Le traumatisme est la dernière cause occasionnelle que nous puissions donner à la périostose. Nous rappellerons l'observation de M. Cullerier résumée page. Nous rappellerons aussi la situation superficielle et exposée de toutes les périostoses observées.

Nous ne voulons point enfin discuter sérieusement cette opinion que le *traitement mercuriel* est la cause des périostoses. Graves la soutient néanmoins dans sa clinique, et Ricord qui croyait très-rares les lésions secondaires du périoste, les attribue à une perturbation dans la marche de la syphilis et cette dernière, elle-même, il l'attribue au traitement mercuriel citant avec esprit le vers célèbre :

Souvent un beau désordre est un effet de l'art.

A ces deux grandes autorités, nous opposerons simplement les faits ; nous citons dans cette thèse plusieurs observations de périostose prises sur des malades qui n'avaient pas été traités ou qui n'avaient subi qu'un traitement fort court.

DIAGNOSTIC.

Nous avons peu de choses à dire sur ce sujet. Le diagnostic général est évidemment à faire tout d'abord. Nous ne pouvons répéter ici le diagnostic de la syphilis.

Le diagnostic local est singulièrement facile. Nous rappellerons simplement notre définition de la périostose : saillie d'une dureté véritablement osseuse, siégeant sur un os très-douloureux, n'aboutissant jamais à la suppuration et se résolvant presque toujours en peu de temps.

Avec quoi pourrait-on confondre un tel état ?

La tumeur le distingue vite des points douloureux, osseux, dit *Ostéalgies* et des autres névralgies syphilitiques.

A son début la périostose se distingue assez difficilement de la périostite chronique. Mais sa consistance plus dure et invariable, l'état sain des tissus superposés, sa douleur à forme névralgique, sa courte durée, sa terminaison par résolution, la période de la maladie où elle apparaît, mettront bientôt fin à l'incertitude.

Quand au diagnostic des périostoses internes nous ne voulons qu'en signaler la difficulté, d'autant plus que tout rationnel que ce soit, ces périostoses ne sont que supposées et non observées directement. Ces troubles nerveux qu'on leur attribue provoquent cependant une question délicate de diagnostic. Mais celle-ci rentre à la fois dans la syphilis en général et dans la pathologie cérébrale, nous ne pouvons ici essayer de la discuter et de la résoudre.

PRONOSTIC.

La périostose constatée n'apporte pas grand élément au pronostic

général de la syphilis ; la douleur est certainement une aggravation, mais actuelle. Pour l'avenir, la périostose ne peut faire prévoir quelle sera la gravité ultérieure de la maladie. On en a vu dans le cours de syphilis forte, comme dans celui d'une syphilis faible.

Peut-être pourrait-on craindre en voyant combien est fréquente sur un même sujet la multiplicité des périostoses, peut-être pourrait-on craindre le développement simultané d'une périostose interne avec les accidents nerveux qu'elle peut entraîner.

TRAITEMENT.

Le traitement de la périostose doit évidemment être avant tout local. C'est le traitement général de la syphilis qu'il faut instituer et adopter à la période secondaire. M. Fournier a l'habitude de donner dès ce moment et à la fois les deux médicaments antisypilitiques, l'iodure de potassium et le mercure, celui-ci sous forme de protoiodure.

Le traitement symptomatique aura pour but de combattre chacun des éléments de la périostose. Pour résoudre la tumeur, on fera faire des badigeonnages à la teinture d'iode, des applications d'emplâtre de Vigo cum mercurio. Nous devons dire que ces moyens locaux n'ont pas grande influence sur la marche et la durée de la périostose, qu'ils paraissent inutiles et que le traitement général spécifique, est seul efficace.

A l'élément douleur, on opposera dans les cas nécessaires, les narcotiques (opium *chloral*). L'intermittence, la périodicité même des douleurs névralgies-formes auraient pu faire croire à l'efficacité du sulfate de quinine, mais ce médicament si énergique est ici à peu près impuissant ; on a dû y renoncer pour en venir au traitement spécifique.

CONCLUSIONS.

1. — La syphilis, dite la période secondaire, a produit des altérations osseuses appréciables dites *périostoses*. Ce n'est du reste qu'une des lésions multiples, (viscérales, fibreuses, nerveuses ou autres) que produit la maladie constitutionnelle dès sa période secondaire.

2. — Les périostoses syphilitiques secondaires sont caractérisées par une saillie d'une dureté véritablement osseuse, siégeant sur un os n'aboutissant jamais à la suppuration et se résolvant presque toujours en peu de temps. Elles sont accompagnées comme symptômes généraux de chancre et de syphilides secondaires diverses.

3. — Les douleurs syphilitiques : ostéocopes, céphalée, point de côté, névralgie intercostale sont souvent accompagnées de périostose et pourraient être considérées comme leur cause immédiate.

4. — Tumeurs et douleurs disparaissent sous l'influence seule du traitement général.

QUESTIONS.

Anatomie et Hystologie. — Des os des membres supérieurs.

Physiologie. — Des mouvements reflex.

Physique. — Baromètre, effets de la pression atmosphérique sur l'homme. Ventouses.

Chimie. — Des acides, de leur constitution, définition des acides mono, bi et polybasiques.

Histoire naturelle. — Qu'est-ce qu'un pachyderme ; comment les divise-t-on, quels produits fournissent-ils à l'art de guérir ?

Path. externe. — Des pseudarthroses consécutives aux fractures.

Path. interne. — De la fièvre synoque.

Path. générale. — De la prédisposition morbide.

Anatomie pathologique. — Des altérations de l'urine.

Médecine opératoire. — De l'opération de la pupille artificielle, comparaison des procédés par déplacement, incision, enclavement.

Pharmacologie. — De la distillation, des eaux distillées ou hydrolats, comment les obtient-on, quelles sont les altérations qu'elles peuvent subir, et les moyens employés pour les prévenir.

Thérapeutique. — De l'absorption des médicaments.

Hygiène. — De l'exercice musculaire.

Médecine légale. — De la valeur des expériences physiologiques pour constater la violence du poison.

Accouchement. — Du palper abdominal, sa valeur comme moyen de diagnostic ; de la grossesse, des présentations et des positions.

Vu, bon à imprimer.

Le Président,

LORAIN.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

